QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR L'ASTHME;

N° 236.

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 30 août 1828, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR J.-B. SIRY.

. . . . . Je n'ignore pas combien la raison humaine prend plus facilement le moule de nos opinions que celui de la vérité, et qu'entre deux hommes d'avis contraire, ce que l'on croit démontré n'est souvent qu'un sophisme pour l'autre.

J.-J. ROUSSEAU.

A PARIS,
DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,
Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n° 13.
1828.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen.	Messieurs.
Anatomie	CRUVEILHIER, *Examinateur.*
Physiologie	DUMÉRIL.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN fils.
Histoire naturelle médicale	CLARION.
Pharmacologie	GUILBERT.
Hygiène	ANDRAL, *Examinateur.*
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. ROUX.
Pathologie médicale	FIZEAU. FOUQUIER.
Opérations et appareils	RICHERAND, *Suppléant.*
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON, *Examinateur.*
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	DESORMEAUX.
Clinique médicale	CAYOL, *Président.* CHOMEL. LANDRÉ-BEAUVAIS. RÉCAMIER.
Clinique chirurgicale	BOUGON. BOYER. DUPUYTREN.
Clinique d'accouchemens	DÉNEUX.

Professeurs honoraires.

MM. CHAUSSIER, DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, DUBOIS, LALLEMENT, LEROUX, PELLETAN père, VAUQUELIN.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs.
Arvers.	Gibert.
Baudelocque.	Kergaradec.
Bouvier.	Lisfranc.
Breschet.	Maisonabe.
Cloquet (Hippolyte).	Parent du Chatelet, *Examinateur.*
Cloquet (Jules).	Pavet de Courteille, *Examinateur.*
Dance.	Ratheau.
Devergie, *Suppléant.*	Richard.
Dubois.	Rochoux.
Gaultier de Claubry.	Rullier.
Gérardin.	Velpeau.
Gerdy.	

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE.

Un antique usage nous fait consacrer à ceux dont nous tenons l'être l'acte académique qui assure notre existence sociale. Ton nom devait donc se trouver à la tête de cet opuscule. Il n'y paraîtra point accompagné des tièdes expressions d'une reconnaissance obligée : que d'autres répondent froidement, s'ils le veulent, aux soins aussi froids qu'on leur rendit ; mais toi, mon excellent père, qui ne vis qu'en tes enfans, qui n'as d'autres pensées que celles que t'inspire leur sort, tu ne trouverais ici qu'un faible souvenir !.... Non, je mentirais à ma conscience, à mon cœur plein de tes bienfaits et de ton dévouement. Qu'une fois au moins je puisse joindre ma voix à celle de tout ce qui t'environne ! Je ne suis qu'un bien faible écho en redisant que le meilleur des hommes est le plus tendre des pères.

A MA MÈRE.

Pour toi qui, mère presqu'au sortir de l'enfance, sus allier à tous les sentimens que ce caractère inspire ceux de la plus douce amitié, reçois cet hommage de mon vif amour et de ma profonde reconnaissance.

A MES FRÈRES ET A MA SOEUR,

LEUR AMI,

J.-B. SIRY.

INTRODUCTION.

Aucun professeur de nos écoles actuelles de France n'a inventé ni préconisé un système de médecine. Aucun d'eux n'a mis sa gloire à renverser, pour le succès de vaines théories, les nombreux travaux de nos prédécesseurs. Les noms d'*Hippocrate*, de *Sydenham*, de *Stoll*, retentissent autour de nous; mais ces invocations trouvent peu d'échos parmi les jeunes médecins, et le respect qu'inspire un profond savoir est à peine suffisant pour faire excuser un culte que l'on traite de suranné. Ce culte pour d'anciennes doctrines n'est cependant pas aveugle. Ceux qui nous guident ne nous ont point dit : Prenez la science où l'avaient laissée les siècles passés : ils ont marché avec elle, et nous l'ont transmise avec tous ses progrès, mais non avec ses erreurs. Ces erreurs viennent du dehors, et prennent un ascendant immense : il ne sera pas durable, je le sais. Comme tous les systèmes qui, à diverses époques, ont entravé la marche de la médecine, les théories de nos jours le céderont à d'autres, qui n'auront de plus qu'elles, peut-être, que le mérite de la nouveauté, si toutefois encore ce mérite ne leur est contesté; car, pour peu qu'on connaisse l'histoire de la médecine, on s'assurera que

bien de prétendues vérités nouvelles ne sont autre chose que d'anciennes erreurs rajeunies par un nouveau langage.

Hâtons-nous cependant de le proclamer, afin qu'on ne puisse point se méprendre sur nos vrais sentimens. Oui, la science a subi de réelles et d'importantes modifications. Jadis on s'occupait trop, peut-être, des phénomènes généraux, de l'unité de l'individu....; de nos jours n'a-t-on pas essayé d'une plus singulière unité!

Un grave inconvénient, inhérent à quelques doctrines, est d'inspirer aux élèves un profond mépris pour ce qu'ont fait ceux qui nous ont précédés. J'ai vu des jeunes gens, venus pour la première fois aux sages leçons d'un de nos professeurs de clinique (1), entendre avec surprise des doctrines inouïes pour eux, fuyant presque épouvantés, et n'osant se promettre de les approfondir, tant elles étaient en opposition avec celles qu'on leur avait jusqu'alors enseignées.

Pourrait-il en être autrement? Pour nous, qui, avant de prétendre à la gloire, cherchons la science; qui voulons la vérité dans toute la franchise de notre âme, parce qu'aucun intérêt ne nous engage à la trahir, comment ne serions-nous pas embarrassés du choix à faire dans ce bouleversement de la médecine? Que faisaient nos devanciers? Indépendamment du siége des maladies, des idiosyncrasies, des âges, du sexe, etc., qui étaient pour eux des considérations d'une assez grande importance, il était un objet plus spécial de leur sollicitude. Ils étudiaient l'individu pour connaître les masses;

(1) M. *Cayol.*

nous isolons les faits, ils les agglomeraient; où nous ne voyons qu'un cas particulier, ils apercevaient l'application d'un phénomène général; la constitution médicale, enfin, était le but de leurs laborieuses recherches.....; je n'ai même pas trouvé ce mot dans quelques-uns de nos ouvrages modernes. Ce fait est capital : là surtout est la ligne de démarcation qui sépare les vieilles des nouvelles doctrines; à lui se rattache la considération des maladies sous le rapport de leurs causes et de leur nature, tandis qu'on ne voudrait plus les différencier essentiellement que par leur siége. « Je poursuivais la cause du mal sous quelque forme qu'elle se présentât, dit *Sydenham*, et par les mêmes remèdes je guérissais des maux différens en apparence. » *Je guérissais*, nous a-t-il dit, et des médecins tels que lui connaissaient toute la portée d'une semblable expression; ils appréciaient trop bien leur devoir pour y manquer en nous trompant aussi essentiellement, pour devenir, *même après leur mort, homicides du genre humain* (1).

Et qu'on ne dise pas que la thérapeutique ne saurait être propre à résoudre de pareilles difficultés, parce que les traitemens les plus divers peuvent avoir les mêmes résultats. Non, dans des cas *identiques*, des méthodes *décisives opposées* ne peuvent produire des effets analogues. Prétendre qu'aller au hasard est bien aller, c'est dire que la médecine n'est qu'erreur et préjugés, n'est que ce qu'en faisait Molière. Autant vaudrait agir comme ce médecin dont nous parle Lesage, qui,

---

(1) *Sydenham*, Médecine pratique.

muni d'un sac plein d'ordonnances, en tirait la première qui se rencontrait sous sa main, et la prescrivait au malade, en disant : *Dieu te la donne bonne !*

Dans ce conflit d'opinions diverses, l'observation clinique devrait seule nous guider (1); les théories sont des girouettes élevées sur des faits; les girouettes peuvent varier, les faits sont immuables; ils doivent nous être sacrés; malheur à celui qui les immole à des idées préconçues ! Il devient responsable des maux qu'il peut causer, car notre science n'est point un jouet innocent.

Il est trop vrai pourtant que, pour beaucoup de médecins, les hypothèses tiennent la place de ce qui est, et si les chefs de secte modifient quelquefois leurs opinions au lit du malade, il n'en est point ainsi de leurs adeptes. Il y a peu de temps encore, un candidat, doué d'ailleurs peut-être de connaissances variées, soutenait que le délire n'était jamais qu'un symptôme d'encéphalite qu'il fallait combattre par les antiphlogistiques; et lorsqu'un de nos professeurs de clinique externe lui observa que, dans le délire traumatique, il avait beaucoup plus à se louer de l'emploi de l'opium : « Je n'en userai jamais, reprit vivement le candidat; ce serait mentir à ma théorie; dans mon opinion, ce serait vouloir aggraver le mal, » et il conserva son opinion (2).

---

(1) « L'observation sera notre seul guide, disait M. *Chomel* dans ses Leçons cliniques; on nous appellera sans doute empirique; mais nous n'avons pas à cœur de repousser un reproche qu'ont reçu, après tant d'illustres praticiens, et *Corvisart* et *Laennec*. »

(2) Sans parler de ce qu'ont fait ou pensé nos aïeux, le *delirium tremens;* et le *délire nerveux*, décrit en traits si profonds par M. le professeur *Dupuytren*, ne cèdent-ils pas comme par enchantement à l'emploi de l'opium.

De telles erreurs proviennent de l'abus d'une étude très-louable en elle-même : on se livre avec ardeur à la recherche du siége des maladies, et l'esprit absorbé par d'importantes considérations, on oublie celles qui ne le sont pas moins. Notre vocation est de guérir : pour la remplir, il ne suffit pas de savoir où est le mal ; ce n'est, en quelque sorte, qu'avoir posé la question ; c'est beaucoup sans doute, mais l'essentiel est de la résoudre, et pour cela nous devons remonter à la recherche des causes, de la nature, et remplir les indications qu'elles précisent. Je m'étais d'abord promis de faire du développement de cette proposition l'objet de ma thèse, mais je n'ai pas tardé à m'apercevoir qu'un aussi vaste sujet ne pouvait être circonscrit dans un cadre aussi étroit ; j'ai craint de le rapetisser en le resserrant, et de peur de manquer à ma cause je ne l'ai point soulevée.

De la même source découlent d'autres abus. *Ne prêtons pas aux riches*, a dit un homme d'esprit ; l'anatomie pathologique a rendu à la science de grands, d'incontestables services ; d'où vient donc cet empressement de tant de médecins à lui attribuer ce qu'elle ne peut encore réclamer? Oublieux de la sentence de Morgagni, *on compte et l'on ne pèse pas.* Il vaudrait mieux pourtant s'abstenir que de faire de fausses applications ; car quand on croit savoir on ne cherche plus, et l'on compromet ainsi la science que l'on prétend exalter. « Recueillons les faits, dit M. *Andral,* et ne cherchons pas à en « donner une interprétation prématurée. C'est déjà un grand « pas de fait dans les sciences que de savoir suspendre son « jugement sur beaucoup de points dont la solution ne semble

« pas douteuse lorsqu'on n'en a encore fait qu'une étude su-
« perficielle (1). »

Fort d'un tel suffrage, j'ai pensé qu'il ne serait pas inutile de revenir sur des faits dont on s'est étayé pour décider vicieusement, je crois, une question que, dans l'état actuel de nos connaissances, on ne saurait résoudre avec précision. Ce n'est peut-être pas ne rien faire que vouloir empêcher qu'on ne fasse mal.

---

(1) Clinique médicale, t. 3, p. 366.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS

SUR

L'ASTHME.

I. Si les anciens ont confondu l'asthme avec des dyspnées de diverse nature, c'est plutôt dans le langage que dans les faits ; car ils l'avaient distingué en *symptomatique* et en *idiopathique*, et ils s'y méprenaient moins souvent peut-être que nous ne le pensons : *Asthma rarò idiopathicum, sed plerumquè symptomaticum*, avait-on dit long-temps avant nous. Plus tard on n'a plus appelé de ce nom qu'une dyspnée offrant des caractères particuliers. Depuis quelques années enfin, on a prétendu que ces distinctions étaient illusoires, et qu'il n'existait que des dyspnées symptomatiques. Ainsi, nouvel exemple de l'instabilité des choses humaines, l'asthme, qui naguère occupait une si vaste place dans les cadres nosologiques, en serait de nos jours effacé pour jamais. Il a été protesté contre une semblable prétention, et joignant ma faible voix à celle de quelques médecins, je me propose d'examiner si les recherches qui ont été faites pour prouver que l'asthme, chez les vieillards, était toujours un symptôme d'une affection du cœur, sont en effet péremptoires.

Il me semble que je pourrais déduire du soin qu'on a pris de classer à part l'asthme des vieillards que l'on reconnaissait que, chez l'adulte, cette maladie pouvait être indépendante des lésions trouvées

chez les premiers. Prenant acte de cette concession tacite, je demanderais : 1°. si l'on a eu occasion de découvrir que la vieillesse fût un préservatif assuré de ce que l'on appelle asthme convulsif ; 2°. quels signes ont appris que cette maladie, nerveuse chez l'adulte, changeait tout à coup de nature après un grand nombre d'années, pour ne plus se trouver que l'effet d'une tout autre affection survenue au terme de la vie.

Répondre à ces questions serait, je crois, difficile, et il devient évident que l'opinion que l'on a voulu soutenir est que l'asthme n'était jamais qu'une dyspnée symptomatique. Cette idée ressort, d'ailleurs, d'une foule de passages consignés dans un ouvrage très-remarquable de l'auteur qui le premier a émis le principe que nous devons combattre. Après avoir rapporté l'opinion de *Cullen*, qui pense que l'asthme peut occasionner l'anévrysme du cœur et des gros vaisseaux, il ajoute : « Comment se peut-il qu'ayant émis une opinion semblable, il n'ait pas songé que l'asthme, *soi-disant nerveux*, n'était que le premier degré de ces diverses maladies? (1) »

Nous voilà donc ramenés à la véritable question. L'asthme n'est-il qu'une simple dyspnée, suite d'une affection du cœur, et en général d'un obstacle mécanique à la respiration? Comme les maladies qui peuvent offrir ce résultat sont en grand nombre, je ne les examinerai pas toutes en particulier, pour les distinguer de ce qu'on appelle spécialement *asthme convulsif*. Ce serait m'engager en des redites inutiles. Ce que je dirai de l'une d'elles, comme produisant de la dyspnée, pouvant s'appliquer aux autres, je vais m'attacher à celle qu'en dernier lieu l'on a assignée comme la cause la plus féconde. Imitant ceux dont nous ne partageons pas l'opinion, après avoir tracé succinctement la marche des anévrysmes du cœur en général, j'exposerai celle de l'asthme, et faisant ressortir les phénomènes tranchés qui im-

---

(1) M. *Rostan*, Cours de médecine clinique, t. 1, p. 371. Voyez encore p. 355—361, etc.

priment à ces maladies un caractère distinct, je tâcherai de réfuter les inductions par lesquelles on a voulu les confondre.

II. C'est ordinairement après les causes qui peuvent accroître le mouvement circulatoire que le malade ressent les premiers signes de son affection. Ainsi, après un exercice violent, une forte émotion, il éprouve de vives palpitations, accompagnées de douleurs dans la région précordiale; il est pris d'étouffement; sa respiration est haute, précipitée, haletante.

Après quelques momens, ces accidens peuvent disparaître, mais au bout d'intervalles plus ou moins longs. Dans des circonstances semblables, et même pour des causes plus légères, ils se renouvellent avec une intensité toujours croissante; à eux se joignent des phénomènes plus graves, indices de la marche de la maladie, qui tendra progressivement à une terminaison funeste. Ainsi, aux palpitations, à la dyspnée succéderont bientôt des menaces de congestion vers l'encéphale : bouffées de chaleur, rougeur subite et passagère, étourdissemens fréquens, pesanteurs de tête; céphalalgie intense, opiniâtre; hémorrhagies nasales. La respiration sera haute, courte, pénible; la toux fréquente, avec expectoration de crachats muqueux striés de sang. Les battemens du cœur, irréguliers, intermittens, seront vifs, fréquens, durs, dans les dilatations avec épaississement; rares, faibles, lents, lorsque les parois des ventricules sont amincies. Le pouls présente des phénomènes analogues, modifiés cependant par les obstacles qui peuvent se trouver à l'orifice aortique. Ces caractères des mouvemens du cœur, qui pourraient parfois ne pas être appréciables à la main de l'observateur, le sont toujours à son oreille. De plus, l'auscultation nous en fait distinguer de nouveaux. Ainsi, le choc que produit la systole des ventricules sera d'autant plus intense que l'hypertrophie est plus considérable; s'il y a amincissement des parois du cœur, l'impulsion s'affaiblit; dans l'un et dans l'autre cas, l'étendue dans laquelle on percevra le bruit des contractions sera en raison directe de la dilatation des ventricules. En outre, dans cet état

de la maladie, et plus encore dans la période qui suit, la percussion de la région précordiale ne rend qu'un son mat.

Dans cette dernière période, tous les symptômes s'accroissent, et l'on observe les accidens consécutifs à la gêne de la circulation. Stase du sang dans les divers organes, d'où leur congestion et épanchemens séreux. L'infiltration, bornée d'abord au pourtour des malléoles, au scrotum, au pénis, s'accroît progressivement. La difficulté de respirer devient extrême ; le malade, pour ne pas suffoquer, se met sur son séant ; les extrémités deviennent froides, les battemens du cœur faibles, irréguliers, confus. Le pouls est petit, fréquent, intermittent. Le délire vient se joindre à tout ce désordre, et le malade s'éteint ainsi par degrés, d'autres fois tout à coup après le plus léger mouvement, dans un état subapoplectique.

III. Ainsi que nous l'avons dit plus haut, on s'est servi long-temps du mot *asthme*, comme synonyme de *dyspnée ;* aussi en comptait-on une foule d'espèces, toutes relatives aux causes, à la nature présumée ou aux complications diverses. Tout en le distinguant des dyspnées continues, *Sauvages* en reconnaît dix-huit variétés.

Cependant on distinguait plus spécialement l'asthme convulsif, mais en le subdivisant encore, grâces à quelques phénomènes plus saillans, en *humide*, *sec* ou *flatulent;* et *Floyer* lui-même, après avoir appelé celui qu'il décrit *asthme véritable*, cédant comme involontairement à l'opinion commune, en admet un nombre infini (1). En rectifiant les faits, on a corrigé le langage. L'anatomie pathologique, découvrant, dans des modifications organiques, la raison d'une foule de dyspnées, a diminué le nombre de celles que l'on appelait *essentielles.* Mais il en est aussi dont elle n'a pu rendre raison. On leur a laissé le nom de *dyspnées spasmodiques*, et l'on n'a plus appelé *asthme convulsif* qu'une dyspnée spasmodique offrant la marche, le caractère, l'ensemble des symptômes que nous allons décrire.

(1) Traité sur l'asthme.

Cette maladie périodique, ou du moins intermittente, se présente sous la forme d'accès qui peuvent survenir tout à coup, mais qui souvent sont annoncés par quelques symptômes précurseurs. Ainsi, le jour même ou la veille de l'accès, le malade éprouve du malaise, la sensation d'un léger resserrement dans sa poitrine et à sa gorge; sa voix est un peu enrouée, sa tête pesante, avec douleur; s'il a des cautères, ils s'animent et saignent; ses membres sont lourds et fatigués, il est dans une anxiété qu'il ne peut définir. Deux ou trois heures après le repas qui précède l'attaque, il ressent de l'oppression, flatulence, gonflement de l'estomac, rapports acides ou insipides, quelquefois légère quinte de toux; il éprouve de la somnolence et ne peut dormir; il se couche enfin pour se livrer au besoin qu'il n'a pu satisfaire.

Mais dans la nuit, à une ou deux heures du matin, il est soudainement éveillé par un sentiment de constriction, d'étranglement dans sa poitrine. Les poumons, le diaphragme, roides, semblent, dit *Floyer*, tirés vers la gorge. Tous les muscles inspirateurs, violemment convulsés, sont comme dans un état tétanique; le malade inspire avec la plus grande difficulté; et l'expiration, lente aussi, quoique plus facile, est accompagnée d'une espèce de sifflement; il ne peut ni tousser, ni parler; la suffocation paraît imminente, le pouls conserve assez souvent son rhythme naturel; quelquefois, cependant, il devient fréquent, irrégulier. La peau est chaude, disposée à la sueur; les extrémités sont froides; le visage est tantôt pâle, tantôt coloré; les yeux, brillans, répandent des larmes. Le malade, qui s'est mis sur son séant, ne peut rester dans son lit, sous peine de voir l'accès se prolonger; il se lève, et avide d'air frais, découvrant sa poitrine, il fait ouvrir ses croisées, devant lesquelles il se place. Ses narines s'enflent, ses lèvres, dans l'inspiration, sont disposées comme pour sucer l'air. Ces symptômes peuvent persévérer durant plusieurs heures; mais dans la matinée la respiration devient moins laborieuse, le malade parle et tousse avec plus de facilité sans expectorer encore. L'urine, qui durant tout l'accès a été abondante, incolore, devient plus rare, foncée, et dé-

pose un sédiment. Au spasme succède un affaissement de tous les muscles, et le malade, accablé de fatigue, goûte enfin un sommeil qu'il désirait ardemment.

A son réveil tous les symptômes ont disparu, sauf un léger sentiment de constriction qui gêne sa respiration, et qu'augmente tout exercice violent ou le décubitus horizontal. Aussi dort-il assis dans un fauteuil, appuyé sur ses coudes, penché en avant. A son gré l'appartement ne saurait être trop vaste; la chaleur, la poussière, les vapeurs l'incommodent. Après son dîner, comme la veille, les accidens se renouvellent et observent la même marche : il en est ainsi le troisième jour; mais alors le malade rend une expectoration muqueuse qui se reproduit et augmente dans la fin des accès qui suivent; les rémissions sont plus considérables; les symptômes, devenus moins graves, disparaissent enfin après peu de jours, et de cet appareil si effrayant qui semblait menacer le malade d'une mort soudaine, il ne lui reste plus que le souvenir; les investigations les plus minutieuses ne laissent soupçonner aucune lésion organique, et il est des malades qui peuvent se livrer impunément aux exercices les plus violens.

Chez plusieurs, les retours de cette affection ne sont point soumis à des règles précises; et si tantôt ils se renouvellent plusieurs fois le mois, les intermissions peuvent aussi durer des années entières. Souvent les accès suivent une certaine régularité : chez les uns, ils apparaissent avec les diverses phases lunaires; chez les autres, leur prochain retour est subordonné à l'intensité de celui qui précéda; aux plus longs accès succède un plus long intervalle. Quelquefois ils sont produits accidentellement par divers états de l'atmosphère, surtout lorsqu'elle est surchargée d'électricité; mais leur intensité est alors bien moins grande. Ils sont enfin très-souvent plus fréquens en été qu'en hiver.

IV. Par l'intimité qui unit la respiration à la circulation, l'une d'elles ne saurait être altérée sans que l'autre en éprouvât une modification quelconque. Leur trouble nous présentera donc des phénomènes

communs qui ne doivent pas nous faire méconnaître ceux qui leur sont propres. C'est en ne s'attachant qu'aux premiers que l'on a confondu l'asthme avec les dyspnées que produisent les affections du cœur : nous ferons ressortir des deux tableaux que nous avons tracés ce qui doit séparer ces maladies.

Mais tout en traitant cette question, nous en discuterons une seconde, dont la solution pourra nous servir à résoudre la première. Nous pensons que l'asthme est une névrose ; or, si nous retrouvons en lui tous les caractères qui constituent cette classe de maladies, et que rien au contraire ne puisse en rapprocher la dyspnée consécutive à une affection du cœur, nous aurons prouvé ce qu'il est tout en disant ce qu'il n'est pas.

Voici comme les auteurs caractérisent les névroses.

« Ces maladies sont essentiellement chroniques, et reviennent ordinairement par intervalles plus ou moins réguliers ; elles altèrent peu les organes de la vie organique, de manière que l'individu peut jouir d'une santé à peu près parfaite dans les intermissions plus ou moins longues qui séparent les accès de son affection. Non-seulement l'appétit et la nutrition ne sont nullement troublés chez les sujets affectés de névroses, mais la circulation est parfaitement naturelle. Il n'existe aucun phénomène fébrile, et, lorsque le pouls est fort et accéléré, ce phénomène peut être considéré comme secondaire. Les symptômes de l'accès, qui dure peu de temps, sont ordinairement portés à un tel point de violence, qu'ils inspirent la terreur et l'effroi; et cependant il est rare qu'ils soient dangereux, et les malades succombent presque constamment à des affections étrangères à leur mal dic. La guérison de ces maladies est difficile à obtenir, quels que soient les moyens qu'on emploie ; elles ont une durée illimitée, et, à la mort, elles laissent peu de traces après elles : celles qu'on dit avoir rencontrées sont évidemment l'effet de la maladie plutôt que sa cause organique ; la preuve en est que ces altérations arrivent sans névroses, et les névroses sans ces altérations. On peut les considérer comme concomitantes et comme accidentelles. Ainsi, périodicité, ou du moins inter-

mittence, chronicité, apyrexie, santé apparente, violence des phénomènes fonctionnels, brièveté de leur durée, absence de lésions organiques, tels sont les caractères généraux des névroses (1). »

Toutes ces conditions, l'asthme, tel que je l'ai décrit, les réunit au suprême degré, et si le tableau que j'en ai tracé diffère, en quelques points essentiels, de ce qu'ont prétendu nos adversaires, je prouverai plus bas que je n'ai fait que le calquer fidèlement sur ce que nous ont laissé tous ceux qui ont écrit sur ce sujet.

Les dyspnées dépendantes d'une affection du cœur offrent-elles un caractère analogue? C'est ce que nous allons examiner.

Y a-t-il périodicité (2)? Entendons-nous d'abord sur cette expression. Appellera-t-on *périodique* tout phénomène qui surviendra à des intervalles divers, quelle que soit la cause qui puisse le produire? Dira-t-on, par exemple, que j'ai des palpitations périodiques parce qu'elles surviendront toutes les fois que j'aurai fait un violent exercice? que je frissonne périodiquement, parce que cela ne manquera pas de m'arriver toutes les fois que je serai soumis à une température trop basse? Il est évident que l'on ne doit comprendre dans ce genre que toute maladie qui survient à des époques plus ou moins régulières, par la puissance de causes indépendantes de notre volonté, et dont nous ne pouvons expliquer le mode d'action sur notre économie.

Or, voici comme on entend que la dyspnée, suite d'une affection du cœur, observe une marche périodique. Des individus qui, pendant l'été, paraissent, dit-on, bien se porter, qui ne sont jamais en butte au moindre désordre de la respiration, sauf, je m'imagine, les cas où ils se livrent à un exercice inaccoutumé; ces individus, ai-je dit, d'ail-

(1) M. *Rostan*, ouvrage cité, t. 2, p. 127—128.

(2) Pour nous accommoder au langage de tous les auteurs qui ont dit que l'asthme était une maladie périodique, quoiqu'elle ne soit le plus souvent qu'intermittente, comme cette différence n'influe en rien sur nos raisonnemens, nous emploierons aussi le mot *périodique*, bien entendu que nous lui laissons sa plus large acception.

leurs bien portans, dès que le froid commence à se faire sentir, éprouvent soudain des étouffemens qui ne les quittent plus jusqu'au printemps qui suit.

Soit; j'accepte cette théorie; le phénomène est de la plus grande simplicité; par l'effet du froid, refoulement des liquides à l'intérieur; afflux du sang vers le cœur, vers les poumons; de là, dyspnée qui ne disparaît que lorsque le froid lui-même a cessé son action. Rien de plus clair : l'effet est ici une conséquence obligée des causes,.... et, par cela seul que toutes les fois que ces causes se présenteront les mêmes phénomènes seront observés, vous prétendrez que la maladie est périodique! Et sans doute; c'est la périodicité des étouffemens qu'éprouverait un animal que je soumettrais, de temps à autre, à des strangulations plus ou moins complètes.

Au reste, si, après avoir accordé que la dyspnée dépendante d'une lésion du cœur n'apparaît qu'en hiver, est un symptôme propre à cette saison, je prouvais qu'il en est tout autrement pour ce qui constitue l'asthme, il y aurait lieu de penser que ces faits ne sont pas identiques.

Comme ceux dont nous combattons l'opinion, l'auteur d'un fort bon article sur l'asthme a prétendu que les accès survenaient, non pas exclusivement en hiver, mais plus fréquemment dans cette saison qu'en été, et voulant s'étayer d'une autorité qui fût d'un grand poids, il dit : « *Floyer* rapporte que les accès de l'asthme dont il était tourmenté étaient plus fréquens en hiver, tandis qu'en été ils étaient plus longs et plus intenses (1). » J'avoue qu'on ne pouvait, pour la maladie dont il s'agit, invoquer un témoignage plus puissant. *Floyer* en était affecté depuis trente ans lorsqu'il la décrivit, et durant un grand nombre d'années il recueillit une note exacte de tout ce qu'il éprouvait; de plus il recherchait avec empressement tous les individus asthmatiques comme lui, afin d'en obtenir des renseignemens précis.

---

(1) Dictionnaire de médecine, t. 3, p. 106.

Personne n'était donc plus à même de nous exposer fidèlement la marche de cette maladie. Aussi l'ai-je consulté avec empressement; mais je me suis convaincu qu'il y a eu distraction ou erreur dans l'article cité plus haut. *Floyer* prétend au contraire que, dans la grande majorité des cas, les accès d'asthme sont plus fréquens, plus longs, plus fâcheux en été qu'en hiver (1), et quant à lui, il a plus fait que d'énoncer vaguement qu'il en avait plus ou moins dans telle ou telle saison, il a compté. « J'ai observé, dit-il, qu'en hiver j'avais jusqu'à seize accès et en été vingt (2). » Telle est d'ailleurs l'opinion de beaucoup d'auteurs; on en trouvera plusieurs observations dans *Vanhelmont*, *Zallony* (3). Il y en a un dans la *Nosographie philosophique;* M. *Ferrus* lui-même rapporte qu'un jeune officier devenu tout à coup asthmatique en 1814 par l'impression qu'il ressentit à la vue des soldats ennemis dans le sein de la capitale ne put guérir qu'en revenant en province, où il passa *l'hiver* (4). D'autres, tels que *Willis*, *Frank*, *Cullen*, etc., sans s'occuper directement de la question, observent seulement que les grands changemens de l'atmosphère provoquent en général des accès. Mais *Floyer* remarque à cet égard que dans es circonstances les accès manquent souvent, et que lorsqu'ils surviennent ils sont beaucoup moins intenses que ceux que ramènent les époques accoutumées.

Ces dyspnées suivent donc une marche différente et même opposée; l'une serait, si l'on veut, éminemment périodique, celle qui se présente à coup sûr et seulement en hiver, tandis que l'autre le serait rarement, dans l'acception rigoureuse du mot. Les rôles ne seraient plus tels qu'on les avait supposés jusqu'à ce jour; ils auraient changé; mais du moins seraient-ils encore distincts.

Cependant, rétablissant les faits dans leur ordre primitif, nous ne

---

(1) *Floyer*, ouvrage cité, p. 72—74—75.
(2) *Id.*, p. 16.
(3) Traité de l'asthme.
(4) Dictionnaire de médecine, t. 3, p. 116.

pourrons pas, ainsi que nous l'avons démontré, qualifier du nom de *périodiques* des dyspnées qui ne sont qu'une exacerbation irrégulière de symptômes, telle qu'en offrent toutes les maladies, avec les seules modifications qui tiennent à l'importance et à la susceptibilité de l'organe affecté, source première des accidens.

Mais, ainsi que nous venons de l'avancer, y a-t-il d'une part affection constante et seulement irrégularité dans l'intensité des symptômes? de l'autre n'y a-t-il qu'accès sans affection continue? en un mot, dans les deux cas existe-t-il une intermission complète?

V. L'expérience a depuis long-temps prononcé, et si dans le principe des affections du cœur, de même que pour toutes les affections chroniques, de légers troubles se manifestent passagèrement pour laisser après eux des intermissions qui paraissent parfaites, c'est que la lésion de l'organe n'est pas encore assez considérable pour déranger ses fonctions; ce n'est que lorsqu'il est soumis à un trouble inaccoutumé qu'il dévoile son état anormal. Jusque-là la maladie n'est que soupçonnée; mais dès qu'elle devient manifeste, non par de faibles désordres qui apparaissent souvent dans l'état de santé, mais par des signes caractéristiques, pour l'observateur attentif elle ne variera plus que par le degré, à moins que guérison ne survienne. Peut-on confondre ces nuances dans le trouble des fonctions ou les rémissions, avec une complète intermission?

Nos antagonistes ont senti la puissance de cette objection, voici comme ils ont voulu la résoudre. On nous demandera, disent-ils, « pourquoi la maladie étant organique, par conséquent invariable, les malades étouffent plus dans un moment que dans un autre? Nous demanderons à notre tour si l'on a jamais songé à expliquer les paroxysmes réguliers d'une pneumonie, d'une pleurésie, ou même d'un cancer de l'estomac, ou d'une phthisie, etc. S'il semble plus facile de rendre raison de la rémittence dans ces maladies que d'une cessation momentanée des accidens dans celle qui nous occupe, et si la même cause qui produit les alternatives des premières ne peut pas

occasionner dans la seconde des intermittences complètes *qui ne sont qu'un degré de plus*, pourquoi, si l'on ne peut expliquer les unes, se montrer plus exigeant pour les autr s (1)?»

Au lieu de résoudre la difficulté on n'a fait que l'éluder : non, je ne demanderai point pourquoi les malades étouffent plus dans un instant que dans un autre, parce que d'abord, d'après la théorie exposée plus haut, la raison en serait toute simple; mais de plus c'est que, sans théorie aucune et par la seu'e considération des faits, j'admets sans difficulté qu'aucun phénomène de l'économie vivante ne se présente dans un ordre constamment régulier, tant dans l'état normal que dans l'état maladif. S'ensuit-il que l'on puisse dire : L'intermission est, il est vrai, la suspension des phénomènes morbides; mais leur rém'ssion, leur diminution peut se rapprocher beaucoup de leur cessation entière; il y aura à peine quelques légères différences dont on ne doit vraiment pas s'enquérir; ce ne sont que *des degrés un peu divers* d'un même objet. Voici la chaîne : beaucoup moins ou point de maladies; les nuances bien graduées, il est évident que la transition sera insensible, et pour peu qu'on s'y prête, les extrêmes pourront être confondus.

Il me semble que de ce que la cause des rémittences et des intermittences nous est inconnue, nous ne sommes pas obligés d'en déduire rigoureusement que ce sont deux degrés de cette même cause. Pour nous, ce sont deux caractères bien distincts, et nous pourrions répéter ici ce qu'on a dit dans une circonstance analogue. « Il est tout aussi exact de dire que les ténèbres les plus profondes et la lumière la plus éclatante ne sont que des degrés différens d'une même chose et non deux choses opposées, que de prétendre que la force et la faiblesse sont identiques à des degrés différens. Jamais personne a-t-il prétendu que la nuit et le jour ne fussent qu'une même chose (2). » Il n'est pas moins

---

(1) M. *Rostan*, ouv. cité, t. 1, p. 381.

(2) M. *Rostan*, ouv. cité, t. 1, p. 34—35.

inexact d'assimiler les rémittences aux intermittences, et ce n'est pas nous qui oublierons combien leur distinction est d'un haut intérêt pour la thérapeutique.

S'il est vrai que, dans l'origine des affections du cœur, de faibles signes de cette maladie peuvent n'apparaître qu'à divers intervalles, ainsi que je l'ai dit plus haut, ce n'est point certes lorsqu'ils auront acquis ce degré d'intensité qui constitue les accès d'asthme. Ces symptômes menaçans, qui semblent devoir frapper le malade d'une mort aussi affreuse que prompte, ne surviennent dans les lésions du cœur que lorsque celles-ci ont atteint leur summum d'intensité; elles touchent alors à leur terme funeste (1).

Une altération organique aussi avancée ne saurait être méconnue même chez le vivant. Les asthmatiques n'en offrent aucun indice (2); d'où nous pourrions inférer encore que l'asthme existe indépendamment d'une lésion du cœur.

On aurait peine à croire ce qu'on objecte à cet argument. « L'asthme, dit-on, n'étant que le premier degré d'une affection organique, il n'est pas surprenant que celle-ci ait été méconnue (3). » Soyons conséquens avec nous-mêmes : quand on explique mécaniquement un phénomène, on suppose un rapport entre la cause et les effets; une lésion inappréciable pourrait-elle produire d'aussi graves désordres? C'est ce que démentent à la fois la raison et l'expérience.

Après avoir essayé de prêter aux symptômes d'un anévrysme du cœur le caractère intermittent, on a voulu le disputer à l'asthme :

---

(1) Du reste, comme on l'a très-bien observé, les affections les plus graves du cœur et des poumons n'offrent jamais cette violence de symptômes que l'on remarque dans un accès d'asthme.

(2) *Corvisart*, Maladies du cœur; *Laennec*, Traité de l'auscultation; M. *Andral*, ouv. cité; *Georget*, Physiologie du système nerveux; M. *Ferrus*, ouv. cité; M. *de Lens*, Bibliothèque médicale, années 1819 et suiv.

(3) M. *Rostan*, ouv. cité, t. 1, p. 377—378. — Voyez encore p. 371 — 372.

voici de quelles autorités on s'est appuyé. « *Cullen* dit que l'intermittence des symptômes n'est jamais complète dans les asthmatiques, et la même assertion se rencontre chez tous les auteurs qui ont écrit sur cette matière. » Il y a encore ici erreur matérielle : on n'a pas songé que *Cullen* parlait, en ce lieu, de l'intervalle qui sépare les divers accès dont se compose une attaque d'asthme. Il n'y a alors en effet que rémission ; tous les auteurs sont d'accord sur ce point, et c'est ce que j'ai exposé dans ma description ; mais l'attaque une fois terminée, il y a toujours, à moins de complication, une intermission complète. *Floyer* a vu des individus qui depuis cinquante ans étaient asthmatiques sans que leur santé en fût dérangée. « Mon asthme, dit-il, ne m'empêche pas d'étudier, de marcher, d'aller en voiture, de remplir mes fonctions, de manger, boire et dormir aussi bien que j'aie jamais fait. « *Extra paroxysmum*, dit Sauvages, *hilaris est æger, appetitus viget*, « *facillimè spirat* » ..... *Thoracis vitio quovis expers liberè respirat*, dit Willis. Vanhelmont va plus loin encore. « *Tandem exacto paroxysmo rectè valet, edit, ambulat, scandit, venatur, equitat et itinerat.* » Rien ne serait plus facile que de multiplier les citations ; car tous les auteurs sont d'accord sur ce point, et ce n'est que par la méprise que j'ai expliquée qu'on a pu le contester.

VI. Nous avons démontré que les caractères principaux des névroses étaient propres à l'asthme, et n'appartenaient pas aux symptômes des affections du cœur ; il ne nous reste plus qu'une condition importante à discuter, l'absence des lésions organiques.

Ici un doute se présente ; a-t-on voulu dire absence de lésion appréciable durant la vie ou à la mort ? Peut-être est-ce l'un et l'autre. Cependant, puisqu'on a reconnu que les altérations trouvées à la mort d'individus atteints d'affections nerveuses étaient plus souvent l'effet que la cause de la maladie, il est évident qu'on n'a pas prétendu invoquer d'une manière absolue le témoignage de l'anatomie pathologique. Cette sage réserve est une critique puissante de ceux qui, sans remarquer s'il y a quelque rapport entre les symptômes

observés et les désordres qu'ils rencontrent, croient répondre victorieusement à toutes les objections possibles en opposant un fait cadavérique..... comme si les névroses devaient être une assurance de vie et de santé, comme si le mal qui tue ne pouvait être différent de celui qui s'est manifesté à telle ou telle autre époque.

On voit combien souvent la question peut être compliquée; elle le sera moins dans le cas présent, et l'étude des phénomènes fonctionnels va nous aider à l'éclaircir.

Il a été prouvé que l'asthme n'était point une dyspnée consécutive à un anévrysme du cœur; examinons s'il ne pourrait point être cause de ces mêmes anévrysmes: énoncer le problème, c'est l'avoir résolu. Personne n'ignore l'influence directe du trouble des fonctions respiratoires sur l'organe central de la circulation; ils sont pour lui une cause presque infaillible d'affection. Ici rien d'obscur, rien d'hypothétique; l'œil suit, pour ainsi dire, l'enchaînement des phénomènes. Que ces troubles deviennent fréquens, qu'ils se prolongent durant le cours de plusieurs années, le cœur en recevra nécessairement des modifications quelconques; ne pas les rencontrer à l'autopsie serait un bien plus juste sujet d'étonnement que leur présence; ce serait une exception aux lois physiologiques. De plus, par une autre loi tout aussi générale, les ossifications de l'aorte, et conséquemment les lésions du cœur, sont les effets inévitables de l'âge (M. *Rostan*). Qu'il ne vous suffise donc pas de les trouver chez les vieillards, pour en déduire qu'elles sont cause de telle maladie observée, puisqu'elles doivent les compliquer toutes. Néanmoins, l'anatomie pathologique, dont le témoignage pourrait nous manquer, sans que notre opinion en dût être ébranlée, vient aussi corroborer nos argumens. « Actuellement même, dit *Laennec*, que l'attention des médecins est très-éveillée sur ce point, et où beaucoup d'hommes instruits doutent qu'il puisse exister une affection grave qui dépende du simple trouble de l'influence nerveuse, sans lésions primitives et graves des organes, j'ai vu bien des cas où il m'a été impossible, malgré les recherches les plus

minutieuses, de trouver une lésion organique à laquelle on pût attribuer l'asthme (1). »

VII. Il y a, si je ne m'abuse, surabondance de preuves, et notre proposition ne saurait être contestée. L'asthme doit être rangé dans la classe des névroses; mais, à ce que nous avons dit, nous pouvons ajouter de nouvelles inductions non moins probantes déduites de la considération de la plupart des causes de la maladie : presque toutes produisent leur effet immédiat sur le système nerveux. Ce sont le plus souvent les passions, les affections morales vives et profondes; d'autres fois une exaltation, une aberration de la sensibilité, qui se manifestent à l'occasion de faits spéciaux qui ne peuvent agir que sur un système nerveux singulièrement modifié. Ainsi l'un sera pris d'un accès en recevant l'impression de quelque odeur ou de quelque vapeur particulière (*Vanhelmont*, *Horstius*, *Floyer*, etc.); l'autre, lorsqu'on battra du riz dans son voisinage; celle-ci, lorsqu'on préparera de l'ipécacuanha dans sa maison (*Bosquillon*): ce qui me rappelle cette dame dont parle M. le professeur *Orfila*, qui tombait en syncope et dont la face se tuméfiait quand elle était dans un appartement où l'on préparait une décoction de graine de lin. Celui-ci enfin ne saurait impunément être privé de lumière ou d'une libre circulation de l'air (*Laennec*).

VIII. La nature du traitement ou les circonstances qui modifient souvent les accès d'asthme pourront aussi nous fournir de nouvelles données. M. *Bégin* (2) parle d'une dame dont l'accès fut suspendu par une frayeur soudaine. Les auteurs sont pleins d'observations d'asthme alternant avec des maladies diverses, et surtout avec des affections cutanées. *Pinel*, *Zallony*, *Floyer*, en rapportent des exemples fort curieux. Ce dernier prétend que quelques asthmatiques

---

(1) Traité de l'auscultation médiate, t. 2, p. 87.—M. *Andral*, ouv. cité, t. 2, obs. 20. — M. *Guersent*, Dictionnaire de médecine, p. 126. — M. *Bland*, Bibliothèque médicale, t. 73.

(2) Journal compl. du Dict. des sciences médicales, t. 5.

n'ont point d'accès pendant qu'ils éprouvent quelque évacuation critique, comme un flux d'urine, une diarrhée, un ulcère. « J'ai su, ajoute-t-il, que le roi Guillaume, qui était attaqué de l'asthme, n'en avait été aucunement incommodé pendant la suppuration d'une plaie causée par un boulet de canon qui lui avait frappé l'épaule à la bataille de Boyne (1). »

Zallony lui-même guérit d'un asthme à la suite d'une plaie à la poitrine produite par un large vésicatoire qui lui fut appliqué dans le traitement d'une pleurésie. Quant aux moyens thérapeutiques, mon objet n'étant pas de parler de la curation de l'asthme, point de doctrine bien incertain encore, et qu'il n'appartient qu'au praticien d'élucider; n'ayant voulu qu'établir sa nature ou plutôt son existence, qu'on voulait méconnaître, et sur laquelle on ne saurait se méprendre sans commettre de graves erreurs sur les indications curatives, je me bornerai aux faits généraux les plus incontestables. Ainsi tous les praticiens n'ont qu'une seule opinion sur l'efficacité des antispasmodiques. Le quinquina, à son tour, a souvent enrayé la marche de la maladie, et fait disparaître pour des temps plus ou moins longs des accès avant très-fréquens.

La saignée, préconisée par la plupart des médecins, avec des réserves, il est vrai, peut être avantageuse lorsque dans l'imminence de l'attaque il y a menace de suffocation. L'observation suivante va nous montrer quel est quelquefois son mode d'action sur l'économie.

« Nous avons vu à l'hôpital d'Avignon une jeune fille asthmatique dont les accès étaient si violens, si bruyans, qu'elle troublait le repos de tous les malades : on avait vainement essayé diverses préparations antispasmodiques. Lassé de l'insuffisance de tous les remèdes, on prescrivit une saignée que rien ne semblait indiquer; l'accès disparut à l'instant même pour se renouveler le lendemain : on réitéra la saignée avec le même succès. Nous avons observé la malade pendant plus

(1) ***Floyer,*** ouv. cité, p. 117.

de six mois; à chaque accès on lui ouvrait la veine : nous l'avons vu saigner jusqu'à sept fois par jour. Il est vrai qu'il suffisait de tirer demi-once de sang, et qu'il n'était pas même nécessaire de piquer la veine. L'opération n'était pas facile, à cause de l'agitation convulsive du tronc et des membres thoraciques : il fallait beaucoup de dextérité, et souvent on était obligé de donner un coup de lancette au hasard. Quand on eut reconnu que l'émission de quelques gouttes de sang était suffisante pour arrêter les accès, on se borna à faire une petite incision. La malade a été saignée au moins six cents fois, et le sang a coulé environ quatre cents fois à plein jet... — Les saignées rendirent les accès plus fréquens; la malade tomba dans un état d'épuisement voisin de l'anémie..... — On fut contraint de renoncer à la saignée, dont on avait si étrangement abusé; la malade fut isolée, renfermée dans un appartement, où ses accès pouvaient suivre leur cours sans que les autres malades en fussent incommodés : on l'abandonna à la nature; elle ne guérit point, mais ses accès diminuèrent de fréquence et d'intensité. Elle sortit; nous ignorons si le retour des forces et l'abstinence des débilitans ont dissipé les restes de cette maladie : nous le présumons (1). »

La saignée n'agissait point en opérant la déplétion du système sanguin, puisqu'il suffisait d'une simple piqûre d'où coulaient à peine quelques gouttes de sang pour arrêter les accès. Elle n'exerçait, évidemment, dans ce cas, qu'une action perturbatrice. Mais sous l'influence de ces effusions sanguines prodiguées sans aucune mesure, qu'arrive-t-il? L'asthme, loin de disparaître, s'aggrave, et ce n'est que lorsqu'on l'abandonne aux soins de la nature qu'il semble tendre à une guérison prochaine. Aussi, les médecins n'ont-ils pas considéré la saignée comme moyen curatif de la maladie elle-même, mais seulement de la congestion qui peut la compliquer. Or, c'est le traite-

(1) *Goudareau*, Traité de médecine pratique de *P. Frank*, t. 6, p. 195 — 196.

ment (méthode de *Valsalva*) qui, dans les anévrysmes du cœur, offre le plus de chances de succès.

XI. Quel rapprochement peut-il donc exister entre des maladies si essentiellement distinctes par leurs causes, leur caractère, leur marche, leur prognostic et leur traitement?

A bien voir les recherches qu'ont faites nos adversaires, à quoi se réduisent-elles? Jusqu'à présent, on avait dit : Les affections des organes pulmonaires et circulatoires produisent la dyspnée; les siècles se sont écoulés, d'autres médecins sont venus, qui après de longs travaux ont proclamé cette vérité nouvelle, que la dyspnée était un symptôme des lésions des organes de la respiration et de la circulation. Voilà la théorie dans sa plus simple et dans son entière expression. Le vice radical qui l'a produite devient manifeste. Il fallait d'abord démontrer que les dyspnées dont on parlait étaient l'asthme et en avaient tous les caractères; après quoi il restait encore à rechercher si elles étaient causes, effets, ou indépendantes des lésions trouvées.

Nous ne nions pas au surplus qu'un anévrysme du cœur, par le trouble qu'il produit dans l'organe de la respiration, puisse être une cause occasionnelle de l'asthme, c'est-à-dire qu'il puisse provoquer le développement d'une maladie nouvelle, comme l'asthme à son tour peut faire naître l'inflammation des organes thoraciques, une affection du cœur, et même la phthisie; car je pense à cet égard qu'il serait difficile de prouver qu'une disposition native est nécessaire au développement des tubercules. Pourquoi cette disposition ne pourrait-elle être acquise? Sans m'appesantir sur cet objet, je remarquerai qu'une observation rapportée par un auteur qui doute cependant de cette possibilité me semble propre à décider la question. Il s'agit d'une communauté religieuse de femmes soumises à des règles extrêmement sévères. « Non seulement, dit *Laennec*, on fixait habituellement leur attention sur les vérités les plus terribles de la religion, mais on s'attachait à les éprouver par toutes sortes de contra-

riétés, afin de les faire parvenir dans le plus court espace de temps à un entier renoncement à leur propre volonté. L'effet de cette direction était le même chez toutes. Au bout d'un ou deux mois de séjour dans cette maison, les règles se supprimaient, et un mois ou deux après, la phthisie était manifeste.... Pendant les dix années que j'ai été le médecin de cette maison, je l'ai vu renouveler deux ou trois fois par la perte successive de tous ses membres, etc. (1). » On ne saurait supposer que chez toutes ces religieuses il y eût prédisposition; les causes morales seules firent naître la maladie.

En rapprochant ainsi les théories des faits, on éviterait une foule d'erreurs qui peuvent être d'un danger plus ou moins direct. Ainsi, ceux qui ont pensé que l'asthme était un phénomène consécutif à un anévrysme du cœur, suivant la même série d'idées, ont ajouté que cette affection elle-même était subordonnée à une altération de l'orifice ventriculo-aortique. « La nature ne fait rien pour rien : ici vous trouvez un obstacle, et par suite un accroissement de l'organe chargé de le vaincre. L'expérience et le raisonnement sont dans un parfait accord; rien n'est plus satisfaisant pour l'esprit. Là, au contraire, vous êtes réduit à imaginer une cause obscure, un surcroît d'action dans un organe, une *prédisposition naturelle* ou *acquise*, une *irritation nutritive*, et autres choses merveilleuses dont vous ne pouvez vous rendre compte. Une hypertrophie, un anévrysme du cœur sans obstacle au cours du sang, sont des choses difficiles à concevoir, et si elles existent, très-rares dans la nature. Il est vraisemblable que, dans les faits de ce genre cités par les auteurs, cet obstacle à la circulation n'aura pas été reconnu (2). »

Il est assuré qu'en supposant qu'on a seul bien vu, on a seul raison; mais tout en admettant que souvent la prévention nous aveugle, accordons qu'il en est qui veulent et qui savent bien voir. Et pour n'invoquer que des noms dont l'autorité ne saurait être contestée en ana-

(1) Ouv. cité, t. 2, p. 647—648.

(2) M. *Rostan*, ouv. cité, p. 675—676.

tomie pathologique, j'opposerai à l'opinion précédente les faits cités par *Corvisart* (1), *Laennec* (2) et M. *Andral* (3).

Ces erreurs sont une suite de l'impatience que nous avons de tout interpréter. Pour chaque effet il nous faut une cause, mais une cause que nous puissions voir, toucher. Nous n'admettons que ce qui tombe sous les sens, que ce que l'on explique parfaitement, et la grande raison de celui qui refusait d'administrer l'opium dans le délire était qu'il n'emploierait jamais un médicament dont il ne saurait expliquer le mode d'action, ou auquel il faudrait supposer des vertus diverses et même opposées. C'était méconnaître cette loi que nous n'expliquons pas, mais démontrée par l'observation, que par les changemens que les maladies impriment à notre économie, celle-ci, dans des circonstances données, ne sera pas sensible d'une manière identique aux mêmes modificateurs.

Concluons donc que, ne dussions-nous jamais pénétrer la nature intime de l'asthme, il n'en est pas moins distinct des lésions avec lesquelles on a voulu le confondre, et que celles-ci nous semblent devoir être considérées, tantôt comme effet, parfois comme cause occasionnelle ou provocatrice de l'affection nerveuse, souvent enfin comme ayant seulement coexisté avec elle.

---

(1) Maladies du cœur, obs. 12—14, surtout obs. 15.

(2) Ouv. cité, t. 2, p. 496—497.

(3) Ouv. cité, t. 3, p. 437—440.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI

(*edente* PARISET).

I.

Quæ judicantur, et judicata sunt perfectè, ea neque moveto, neque medicamentis, neque aliis irritamentis innovato, sed sinito. *Sect.* 1, *aph.* 20.

II.

Ubi somnus delirium sedat, bonum. *Sect.* 2, *aph.* 2.

III.

Lassitudines sponte obortæ morbos denuntiant. *Ibid.*, *aph.* 5.

IV.

Febrem convulsioni supervenire melius est quàm convulsionem febri. *Ibid.*, *aph.* 26.

V.

Duobus doloribus simul obortis, non in eodem loco, vehementior obscurat alterum. *Ibid.*, *aph.* 46.

VI.

In morbis acutis, extremarum partium frigus, malum. *Sect.* 7, *aph.* 1.